

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

P. GILBERT

Né à Massiac (Cantal) le 8 mars 1868

DISJONCTION ÉPIPHYSAIRE
DES
NOUVEAU-NÉS SYPHILITIKES

*Pseudo-Paralysie syphilitique
des Nouveau-Nés (Maladie de Parrot)*

Président : M. LANDOUZY, Professeur.

Juges : MM. FOURNIER, Professeur.
GAUCHER et MÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine
15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 13 Décembre 1899, à 1 heure

PAR

P. GILBERT

Né à Massiac (Cantal) le 8 mars 1868

**DISJONCTION ÉPIPHYSAIRE
DES
NOUVEAU-NÉS SYPHILITIKES**

*Pseudo-Paralysie syphilitique
des Nouveau-Nés (Maladie de Parrot)*

Président : M. LANDOUZY, Professeur.

Juges : MM. FOURNIER, Professeur.

GAUCHER et MÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie..	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER
dies de l'encéphale.....	RAYMOND
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERGER
Clinique des maladies du système nerveux.	DUPLAY
	LEDENTU
Clinique chirurgicale.....	TILLAX
	PANAS
Clinique ophtalmologique.....	GUYON
Clinique des maladies des voies urinaires..	BUDIN
Clinique d'accouchement.....	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Poirier

Doyen de la Faculté des Sciences de l'Université
de Clermont-Ferrand

Hommage de gratitude et de très
respectueuse affection.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Landouzy

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur

Monsieur le Professeur Landouzy a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous avons suivi, pendant plus d'une année à l'hôpital « La Pitié » le service de Monsieur le docteur Paul Thiéry, professeur agrégé. Nous garderons le souvenir de ses excellentes leçons cliniques, agrémentées d'une pointe d'originalité, où s'affirmait la marque d'un esprit scientifique et qui éveillaient, unanimement, chez les auditeurs, l'impérieux besoin d'apprendre.

Nous remercions notre ami M. Marcel Labbé des conseils autorisés qu'il a bien voulu nous donner.



Historique

« Dans son « Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices » (Paris 1810), Bertin cite le cas qu'il a observé d'un enfant âgé de 35 jours, manifestement syphilitique, lequel présentait, sur le grand trochanter du côté gauche, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon et une périostose assez considérable à la face postérieure et supérieure du cubitus.

L'enfant ne fut soumis à aucun traitement. On se contenta d'administrer à la nourrice des frictions mercurielles, tous les deux jours : au bout de six semaines, la tumeur trochantérienne était complètement résorbée.

La périostose de l'avant-bras persistait. De plus, Bertin remarqua que « les mouvements du bras étaient très gênés, l'enfant paraissait souffrir, les téguments étaient rouges ». L'enfant fut soumis au traitement mercuriel pendant trois mois. Au bout de

ce temps la formation osseuse surajoutée avait disparu.

En 1834, Walleix publie dans le « Bulletin de la Société Anatomique » un cas de pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés, sous ce titre : « Observations et réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs, avec abcès sous le périoste et production osseuse remarquable chez un enfant nouveau-né ».

Il s'agit d'une fille qui, neuf jours après sa naissance, est dans l'impossibilité de remuer le bras gauche et pousse des cris dès qu'on veut faire exécuter des mouvements à ce membre.

L'enfant meurt à l'âge de 23 jours. A l'autopsie, on trouve un décollement complet de l'épiphyse supérieure.

A l'extrémité de la diaphyse, Walleix remarque un bourrelet osseux qui « se prolongeait en mourant jusqu'au-dessous de la partie moyenne de l'humérus ».

En 1861, un médecin allemand, Hénoc, publie un cas de pseudo-paralysie qu'il attribue à une lésion de la partie cervicale de la moelle. Plus tard, il abandonne cette opinion, car il remarque à la séance du 15 octobre 1884 de la Société médicale de Berlin « qu'il ne s'agissait pas d'une véritable paralysie, mais plutôt d'une immobilité liée à la douleur provoquée par la tuméfaction épiphysaire ».

En juillet 1864, Bargioni publia une observation :

De la variole et de la syphilis chez un enfant nouveau-né.

Le petit malade mourut à l'âge de 22 jours. L'autopsie fit découvrir : 1° une collection de liquide puriforme dans l'articulation huméro-cubitale droite, avec érosion des cartilages.

2° Dans les points de connexion des épiphyses aux diaphyses de la plus grande partie des os longs, des dépôts d'une matière de couleur jaunâtre d'où la possibilité de produire, très facilement, un trait de fracture.

A la séance du 23 décembre 1868 de la Société impériale de Chirurgie, M. Guéniot montre des « Pièces d'ostéites suppurées des extrémités diaphysaires des os ou décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né. » Dans la Gazette des Hôpitaux, du 9 février 1869, M. Guéniot expose les détails de l'observation.

Il s'agit d'un enfant de 20 jours, chétif d'apparence, né à terme.

Il existait une inertie presque absolue des quatre membres et un décollement des cartilages épiphysaires.

A l'extrémité supérieure des deux jambes « on pouvait produire aisément, en ce dernier point, un déplacement latéral des plus marqués du corps des tibias et des péronés... On eût dit une fausse articulation au dessous de l'articulation du genou. »

A l'autopsie il constata que toutes les extrémités diaphysaires des os longs étaient enflammées et suppurées.

M. Guéniot se demanda s'il ne pouvait attribuer ces lésions à des tractions violentes exercées sur l'enfant, en présentation du siège, pour en obtenir le dégagement. Il apprit que l'enfant s'était présenté par le sommet.

Il constata que le nouveau-né présentait une ulcération gangréneuse du pli de l'aîne, une ulcération de l'ombilic, des plaques érythémateuses au visage, à la voûte palatine, sur les membres inférieurs. L'idée de syphilis ne se présenta pas à son esprit.

C'était à Parrot que devait revenir l'honneur de montrer les relations de la syphilis avec les faits d'impotence fonctionnelle des membres survenue chez les nouveau-nés. Dans les Archives de physiologie (1872) Parrot publie un mémoire important. Il groupe les observations éparses de Walleix, de Guéniot, il les interprète, ainsi que les 3 cas analogues qu'il a observés et il montre que les lésions sont dues à des accidents de syphilis héréditaire.

« Ayant observé, chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire une impotence à peu près complète des membres qui simulait un état paralytique sans lésion du système nerveux et des muscles capables de la produire et coïncidant avec un décollement des épiphyses des os longs des membres, nous

en avons conclu qu'il s'agissait là d'une pseudo-paralysie causée par la solution de continuité de leviers osseux et nous nous sommes demandés si cette altération des os n'était pas de nature syphilitique.

« Nos recherches nous ont démontré qu'il en était bien ainsi, car elles nous ont permis d'établir, d'une manière incontestable :

« 1° Que tous les avortons et les nouveau-nés infectés par la syphilis présentaient une lésion des os de même nature que celles de nos premiers malades et pouvant, par ses progrès, déterminer ce que nous avons observé chez eux et ce qui nous avait tout particulièrement préoccupé, à savoir une rupture des os longs au voisinage de l'épiphyse.

« 2° Que jamais cette altération n'existait chez les enfants non syphilitiques. »

Dès lors la pseudo-paralysie syphilitique était connue, au moins dans sa symptomatologie. Les travaux de Parrot sur cette affection resteront comme un modèle d'interprétation clinique.

A partir de ce moment la littérature médicale s'enrichit des travaux de Valdeyer et Koebner, Haab, Stiling, Pellizari et Tafani, Troisier, Comby, Bourges, Dreyfous, Zappert, Oberwarth, Marcel Labbé.

Ces travaux ont surtout porté sur l'anatomie pathologique microscopique et sur la pathogénie de cette affection.

A la conception clinique et étiologique de la

maladie de Parrot (pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés), s'est substituée une notion pathogénique : l'histologie a montré les rapports constants, intimes, entre certains phénomènes paralytiques des nouveau-nés et les lésions syphilitiques des extrémités osseuses.

La maladie de Parrot n'est en réalité que le résultat du développement dans la région juxta-épiphysaire d'une ostéo-périostite syphilitique produisant, à cause de son siège spécial, une disjonction épiphysaire ; aussi nous semble-t-il préférable de remplacer la dénomination vague de pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés qui prêtait à confusion, par la dénomination plus précise de *disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques*.



Etiologie

La disjonction épiphysaire des nouveau-nés frappe environ 5 pour 100 des enfants atteints de syphilis héréditaire.

Sur 236 enfants, observés par Oberwarth, dans l'espace de huit années, et qui tous présentaient des signes indiscutables de vérole héréditaire, 12 cas de pseudo-paralysie ont été relevés.

Elle s'observe, en général, pendant les trois premiers mois de l'existence de l'enfant.

Vicarelli décrit un cas où cette affection s'était produite le jour de la naissance. Oberwarth l'a vu se produire une fois à six mois. Hénoch l'a observé chez un enfant âgé de huit mois.

L'enfant que nous avons observé dans le service de M. le Professeur Landouzy, à l'hôpital Laënnec, ne présentait en dehors de sa pseudo-paralysie qu'une tare apparente de syphilis héréditaire : le coryza.

Il faut remarquer que les stigmates cutanés ou muqueux de la vérole héréditaire peuvent manquer. Exemple l'observation de M. Millard :

« L'enfant était sans fièvre, avait bonne mine, n'avait pas eu de convulsions et ne présentait sur le corps aucune éruption ». Mais si on interroge les parents des petits malades, dans les antécédents on relève toujours une syphilis; même si l'enfant, en dehors de la disjonction des épiphyses ne présente aucun signe d'infection.

La mère du petit garçon, qui fait l'objet de notre observation, nous a raconté que, dès le deuxième mois de sa grossesse, une éruption se déclare sur les bras et dans la région de l'épigastre. De plus, pendant toute la durée de cette grossesse, on a relevé les symptômes suivants : céphalée, alopécie, gêne dans la gorge, fièvre, sensations auditives atténuées.

Ce qu'il y a de plus caractéristique dans cette affection osseuse syphilitique, c'est qu'elle apparaît uniquement chez des nouveau-nés : les conditions d'âge expliquant les localisations particulières de la syphilis dont relève le syndrome.

Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire ont une prédilection pour les régions juxta-épiphysaires. C'est, en effet, cette partie de l'os qui présente les phénomènes d'activité nutritive les plus remarquables à cette période de la vie. Or, c'est une loi générale en pathologie que les virus ont une tendance marquée à se localiser toujours dans les points de l'organisme qui présentent la plus grande activité de développe-

ment. C'est la même loi qui explique la fréquence de l'ostéomyélite aiguë de l'adolescence et la fréquence des lésions syphilitiques du foie chez les nouveau-nés.



Symptomatologie

Parrot a fait, en quelques lignes, une description précise et très complète de la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés :

« Il y a une impotence des membres, impotence partielle ou généralisée, incomplète ou absolue, comparable à celles que produisent les fractures, les luxations.

« Pour étudier complètement l'état des enfants et se rendre un compte exact du degré de leur impotence, il faut les tenir suspendus par les aisselles et examiner leurs membres.

« Quand l'affection est très prononcée, le malade semble disloqué, ses membres pendent comme des battants de cloche et ne peuvent être relevés.

« Quand on pince la peau, les muscles se contractent très énergiquement, mais les membres ne sont que faiblement déplacés ou même ils ne le sont pas du tout.

« Par contre ils subissent, sans résistance, tous

les mouvements qui leur sont imprimés par l'observateur.....

.....quelquefois l'on perçoit de la crépitation et chez certains malades les membres affectés sont augmentés de volume au voisinage des articulations qui, elles-mêmes tuméfiées sont parfois le siège d'une fluctuation très manifeste ».

Ce qui frappe, tout d'abord, c'est l'impotence du membre. Chez un enfant nouveau-né, l'observateur remarque que la paralysie s'empare soit d'un bras, soit d'une jambe. C'est le symptôme initial.

Lorsqu'on soulève le membre inerte, il retombe lourdement dès qu'on l'abandonne. Si le membre affecté est un bras, il n'est pas rare d'observer (Troisier) quelques faibles mouvements volontaires des doigts ; de plus quand on fléchit l'avant-bras sur le bras et qu'on l'étend, il peut se produire une contraction appréciable du biceps.

Le membre frappé d'immobilité est légèrement douloureux. La douleur est plus vive dans la région du cartilage de conjugaison altéré ; l'enfant crie quand on exerce une pression digitale en ce point et quand on communique des mouvements au membre.

Le plus souvent on perçoit un gonflement dans la région juxta-épiphysaire du bras ou de la jambe paralysé. On remarque que le cartilage de conjugaison est décollé. On peut produire un déplacement latéral des plus marqués du corps de l'os, sur l'extré-

mité épiphysaire. La mobilité des os, dans le sens antéro-postérieur n'est pas moins évidente (Guéniot, *Gazette des Hôpitaux*, 1869). On dirait une fausse articulation.

La crépitation peut manquer : dans ce cas, la disjonction épiphysaire n'est pas très marquée.

Les lésions osseuses de la syphilis héréditaire ont une prédilection pour la partie supérieure de l'humérus : l'inertie du bras est le plus souvent constatée.

Généralement, ces altérations ne restent pas localisées à un membre: Vingt-quatre ou quarante-huit heures plus tard, elles s'étendent à quelques membres restés indemnes. Les muscles ne présentent aucun signe de dégénérescence et quand on étudie les réactions électriques, on constate qu'ils réagissent au courant.

Les lésions osseuses qui produisent une impotence fonctionnelle chez les nouveau-nés sont toujours, ou presque toujours, parallèles à des affections nombreuses et diverses de la syphilis héréditaire. Tantôt c'est une roséole occupant presque toute la surface cutanée, accompagnée de coryza, des chutes des cheveux, de plaques cuivrées ulcérées ou recouvertes de croûtes jaunâtres siégeant sur l'abdomen ou sur les fesses.

L'enfant est faible, cachectique, vieillot.

Cependant ce parallélisme de l'affection osseuse

et des syphilides héréditaires n'est pas absolu. M. Millard, cite le cas d'un enfant de deux mois et demi atteint d'une inertie du membre supérieur gauche due à une disjonction de l'épiphyse supérieur de l'humérus. L'enfant avait bonne mine et ne présentait aucun signe extérieur qui autorisât le diagnostic de syphilis héréditaire.



Anatomic Pathologique

Les lésions de la disjonction épiphysaire des nouveau-nés ont une prédilection pour la partie juxta-épiphysaire des os longs. Il est à remarquer que la partie de l'os qui avoisine le cartilage de conjugaison est richement vascularisée, partant le plus exposée aux infections.

On remarque dans cette région un léger épaissement irrégulier de la substance osseuse, des ostéophytes et parfois des exostoses : les exostoses plus ou moins saillantes sont recouvertes par le périoste.

Quand on fait une coupe macroscopique longitudinale de l'os on s'aperçoit qu'une périostose qui part du sommet de la diaphyse s'étend plus ou moins loin sur le corps de l'os. De plus on est frappé par la teinte rosée du cartilage de conjugaison et par la couleur pâle et jaune de la moelle osseuse qui l'accompagne.

Le cartilage de conjugaison est altéré à un point tel que la diaphyse est séparée de l'épiphyse comme

par un trait de fracture. La connexion entre les deux parties de l'os fracturé est assurée par le périoste. Autour on trouve des exostoses qui semblent former un bourrelet autour de la zone d'ossification.

Les capsules du cartilage de coujugaison sont très petites, et lorsque l'on s'approche de la ligne d'ossification, on ne les voit pas s'ordonner en séries parallèles ; cependant, si les phénomènes de multiplication cellulaire ne se font pas dans l'ordre habituel, ils sont encore très apparents et l'on voit des capsules cartilagineuses s'ouvrir les unes dans les autres, tandis que d'autres possèdent déjà plusieurs noyaux.

La ligne d'ossification est épaisse et irrégulière. A ce niveau, le cartilage est pénétré et dissocié par des bandes de tissu fibreux contenant des vaisseaux. En s'éloignant encore de l'épiphyse, on voit qu'il n'existe plus de tissu cartilagineux, celui-ci est remplacé par une couche de tissu conjonctif contenant des vaisseaux très nombreux à demi-remplis par des cellules rondes nucléées.

L'os nouveau ne se dispose pas sous forme de croissants ; on trouve seulement au niveau de la région juxta-épiphysaire quelques travées osseuses petites et peu abondantes.

La moelle osseuse présente un stroma fibreux très accentué et des éléments embryonnaires moins nombreux que dans la moelle des enfants sains. On y

voit beaucoup de fibres et de cellules conjonctives, des médullocèles, peu ou pas de myélopaxes, peu de cellules à noyaux bourgeonnants.

L'os compact est formé de travées longitudinales assez épaisses, séparées par des espaces médullaires dont la largeur est normale.

Autour de la diaphyse, il existe une couche d'os nouveau constituant l'ostéophyte ; c'est du tissu compact formé de travées parallèles dont la direction est oblique par rapport à la diaphyse ; ces travées sont moins épaisses que dans la diaphyse et la moelle y remplit un plus grand espace. Elles se continuent à la partie supérieure avec le tissu cartilagineux de l'exostose.

Tout autour se trouve le périoste épaissi.



Pathogénie

Deux théories se trouvent en présence pour expliquer les phénomènes de disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques.

1° La théorie nerveuse à laquelle se rallient surtout les médecins allemands et parmi eux : Reuter, Pollak, Zappert.

2° La théorie basée sur les lésions osseuses, théorie exposée par Parrot et acceptée par le plus grand nombre des médecins français qui se sont occupés de la question.

Reuter croit que l'absence de mouvements est due à des gommes* qui compriment et qui altèrent les nerfs périphériques. Il a observé, en même temps que la disjonction épiphysaire, des contractures des extrémités.

Pollak et Zappert admettent que, en dehors des lésions des nerfs périphériques, les phénomènes morbides sont dûs à des troubles anatomiques du système nerveux central, troubles produits par l'infection syphilitique.

Zappert étudia, en 1898, la moelle épinière d'un

enfant nouveau né, chez lequel avait été fait, pendant la vie, le diagnostic de pseudo-paralysie syphilitique du bras droit.

L'examen histologique auquel il s'est livré lui a permis d'établir qu'il existait des signes de dégénérescence des racines antérieure et postérieure de la moelle et des altérations de quelques faisceaux du plexus brachial droit.

Le fait que l'immobilité frappe une partie des membres et que, les doigts ou les orteils, le pied ou la main, présentent des mouvements, permet d'éliminer cette idée que l'inertie est due à une lésion des nerfs périphériques. Quant aux cas de contracture des extrémités, Oberwarth les attribue, non à une lésion centrale, mais à un acte réflexe occasionné par la vive impressionnabilité du membre inerte — et à des troubles nerveux héréditaires surajoutés.

Il est bien difficile d'attribuer la pseudo-paralysie à une altération du système nerveux central. Les mouvements actifs des doigts ou des orteils souvent observés, la sensibilité du membre conservée sinon accrue, le fait que l'examen électrique indique une réaction normale des nerfs moteurs et des muscles de la partie malade, la rapidité de la guérison, sous l'influence du traitement mercuriel et même sans traitement, constituent autant d'arguments contre cette interprétation clinique.

Parrot explique la disjonction épiphysaire par la

fonte du cartilage de conjugaison. Cette lésion, invariablement retrouvée à toutes les autopsies — et qui produit une solution de continuité dans la partie juxta-épiphysaire des os longs — est la seule cause de l'inertie du membre.

Quelques auteurs ont voulu expliquer l'inertie du membre par le symptôme douleur : la douleur serait accrue, avec intensité pendant la contraction musculaire. En général elle est faible ; même elle peut faire complètement défaut. De plus, il est à remarquer que si l'enfant voulait éviter les mouvements douloureux, les muscles péri-articulaires seraient contracturés ainsi qu'il arrive le plus souvent dans les affections douloureuses. On observe qu'ils sont flasques, non contracturés.

Les faits d'observation clinique et les résultats anatomo-pathologiques donnent raison à Parrot. La disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques est due à une lésion osseuse syphilitique.



Diagnostic

Le diagnostic est souvent rendu facile par des manifestations de syphilis héréditaire.

L'enfant est cachectique ; ses téguments sont plus ou moins décolorés. Le nez est obstrué par le catarrhe. Au pourtour de l'anus et des organes génitaux, se trouvent des syphilides. L'enfant porte sur lui la signature de la vérole.

Mais des difficultés réelles apparaissent quand l'enfant ne présente d'autres symptômes que l'impotence du membre. Dans ce cas les éléments de diagnostic sont :

1° *L'âge du sujet.* — Les statistiques établissent que la disjonction épiphysaire se produit pendant les premiers mois de la vie.

2° *Les douleurs.* — Signe dont la constatation est assez difficile. L'enfant crie quand on le pique et il ne peut faire mouvoir le bras sous l'influence de la douleur.

3° *La persistance de quelques mouvements.* — L'impotence du membre se différencie de la paralysie

en ce qu'elle laisse subsister quelques mouvements des doigts, quoique les mouvements d'ensemble soient impossibles.

4° *La marche de la paralysie.* — La paralysie ne se généralise pas d'emblée, elle occupe d'abord un membre, puis le membre symétrique, puis les deux autres.

5° *Le gonflement d'une épiphyse osseuse.* — Facile à constater quand il est volumineux, ce gonflement peut être fort peu appréciable, si bien que les phénomènes parétiques étant évidents, la tuméfaction osseuse peut être méconnue.

6° *Les résultats de l'enquête dirigée sur les antécédents et l'état de santé actuel des parents.* — C'est ainsi que l'examen de la mère, si celui de l'enfant est négatif, relèvera la présence de syphilides cutanées ou muqueuses ; ou bien l'on retrouvera dans ses antécédents, la syphilis avec ses conséquences habituelles sur la grossesse. Si même on peut examiner le père, ce qui est souvent difficile, on pourrait parfois établir en toute assurance le diagnostic de la syphilis héréditaire.

On peut confondre la maladie de Parrot avec la syphilis cérébro-spinale, la paralysie syphilitique de cause périphérique et surtout avec la paralysie infantile.

Une monoplégie, ou une paraplégie survenant chez un jeune syphilitique peut faire penser à la

syphilis cérébro-spinale. C'est l'idée qui vint à l'esprit d'Hénoch la première fois qu'il rencontra un cas de ce genre.

La multiplicité des manifestations paralytiques, l'extension de la parésie à plusieurs membres à la fois, concorde bien avec l'idée d'une syphilis des centres nerveux; mais l'absence d'une paralysie de la face, des muscles de l'œil, des muscles du tronc est un argument à invoquer contre cette hypothèse qu'un examen minutieux des membres permettra d'éliminer à coup sûr.

On peut confondre la pseudo-paralysie syphilitique avec l'ostéomyélite des nourrissons, affection fréquente chez le nouveau-né, surtout étudiée par M. Aldibert.

Dans ces cas on basera son diagnostic sur l'absence de stigmates syphilitiques chez l'enfant, sur l'absence d'antécédents syphilitiques chez le père et chez la mère du jeune malade, sur la présence de phénomènes généraux graves et de la fièvre.

M. Aldibert signale encore comme signe différentiel de l'ostéomyélite, l'existence d'une douleur localisée et beaucoup plus vive.

Dans les cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, le membre devient inerte dans les quatre premiers jours. On ne constate aucune lésion plus ou moins appréciable du squelette et pas de manifestations

cutanées ou muqueuses (plaques fessières, coryza, syphilides labiales).

L'accouchement a été laborieux et il y a eu soit compression de la région cervicale, soit des efforts de traction sur cette même région.



Pronostic

Parrot considérait les enfants atteints de disjonction épiphysaire comme voués à une mort prochaine. Cette condamnation très sévère a été démentie par de nombreuses guérisons.

Les cas de guérisons enregistrés établissent que cette affection est souvent curable.

Le pronostic fatal de Parrot tient, sans doute, au mauvais terrain sur lequel il observait. Lorsqu'il étudiait pour la première fois cette affection, il voyait surtout les cas-types, ceux dans lesquels aucun doute n'était permis quant aux nombreux stigmates de la vérole. C'était donc des cas graves dans lesquels existaient, en plus des lésions syphilitiques cutanées, des lésions viscérales. L'enfant atteint de cachexie succombait à l'empoisonnement.

Aussi quand, en 1883, M. Millard présente à la Société médicale des Hôpitaux un cas de guérison chez une petite fille de deux mois et demi, il fut très étonné que ce résultat, exceptionnellement heureux, lui permit d'infirmer le sombre pronostic de Parrot.

Bientôt des cas de guérison vinrent s'ajouter à celui enregistré par M. Millard et le Professeur Fournier ne craignait pas de dire, en présentant une petite fille aux réunions de l'hôpital Saint-Louis : « Parrot avait toujours vu mourir les enfants atteints de pseudo-paralysie syphilitique ; pour mon compte je les ai toujours vus guérir.

A la Société Médicale des Hôpitaux, lors de la discussion sur ce sujet (Séance du 27 février 1891), M. Cadet de Gassicourt exprima le même avis que le Professeur Fournier. Son affirmation est d'autant plus importante qu'il ne se passe pas d'année qu'il n'en observe cinq ou six cas au moins à l'Hôpital : « Si je m'en rapportais à ma propre expérience, dit M. Cadet de Gassicourt, je ne mettrais même aucune atténuation dans le pronostic favorable de cette pseudo-paralysie. »

A la même séance M. Sevestre disait : « J'ai observé aussi dans un bon nombre de cas la guérison de la pseudo-paralysie syphilitique, et cela même à l'hospice des Enfants Assistés. Pour cette manifestation de la syphilis héréditaire, aussi bien que pour celles qui se font sur la peau, le pronostic dépend de l'existence ou de l'absence de lésions viscérales profondes ».

A côté des cas heureux on relève des succès. Nous voyons une malade de M. Comby, âgée de deux mois, succomber. Mais, dans ce cas, avant d'être soumise au traitement, cette enfant présentait des syphi-

lides muqueuses et cutanées ainsi qu'un état de maigreur et de cachexie très avancé.

Le pronostic dépend de l'état général du sujet, du milieu où il est soigné, des conditions hygiéniques dans lesquelles il se trouve, toutes conditions étrangères à la localisation qui constitue la maladie de Parrot.

Il dépend aussi de la rapidité avec laquelle le diagnostic est posé. Si le diagnostic est fait de bonne heure, si l'enfant est nourri au sein maternel, s'il est entouré de soins dévoués, la pseudo-paralysie disparaît rapidement.

Enfin à côté de ces cas où le traitement est nécessaire et même quelquefois impuissant, on voit la disjonction épiphysaire guérir sans le secours de la thérapeutique.

M. Cadet de Gassicourt cite le cas d'un développement épiphysaire du bras droit presque entièrement guéri, alors qu'aucun traitement n'était intervenu.

M. Van Harlingen signale la guérison spontanée d'une pseudo-paralysie du membre inférieur gauche, chez une petite fille de deux mois nourrie au lait condensé et présentant les stigmates muqueux et cutanés de la syphilis héréditaire.

M. Chaumier, de Tours (Bulletin médical du 2 octobre 1892), cite le cas d'un enfant nouveau-né, qui successivement avait perdu l'usage de ses mem-

bres inférieurs, puis de ses membres supérieurs. Au bout de trois semaines, il n'y avait plus qu'un seul bras d'inerte ; les autres membres avaient repris leurs mouvements.



Traitement

Le traitement par excellence de la pseudo-paralysie syphilitique des nouveau-nés, est le traitement mercuriel.

Il a été exposé, avec précision, par Monsieur Comby. « Revue mensuelle des maladies de l'enfance, octobre 1891 ».

Le mercure peut être donné soit par la voie cutanée, soit par la voie gastrique.

Les frictions cutanées sont très efficaces et permettent d'agir avec rapidité.

« On prend un fragment de pommade mercurielle, de la grosseur d'une noisette, on l'étend sur un linge ou sur un morceau de flanelle, et on fait, sur le ventre de l'enfant, des frictions douces qui permettent un contact intime et étendu de la peau avec le mercure. Le lendemain on renouvelle la friction sur un point voisin du premier et l'on change ainsi tous les jours, pour ne pas provoquer d'érythème ou d'eczéma superficiel ».

Gilbert

Si l'enfant présente des lésions suintantes, des plaques ulcérées des fesses ou des bourses, on y mettra des compresses trempées dans une solution de bi-chlorure de mercure à 1 pour 20,000.

Quand, pour une raison quelconque, les frictions mercurielles ne sont pas possibles, on donne, par jour, une demi-cuillerée ou une cuillerée à café de sirop de Gibert. Il faut avoir soin de le mélanger avec du lait. De plus, M. Millard ajoute des bains de sublimé (cinquante centigrammes) dans une petite baignoire revêtue d'un enduit que le mercure ne puisse attaquer.

Lorsque les lésions osseuses et cutanées ont disparu, le traitement de la syphilis elle-même doit être imposé. On doit parallèlement au traitement spécifique s'adresser à l'hygiène alimentaire, auxiliaire précieuse de la médication mercurielle.

L'enfant doit être nourri au sein maternel ; à défaut du sein maternel, il faut s'adresser non à une nourrice qui pourrait être contaminée, mais au lait stérilisé.



Observations

OBSERVATION I (Résumée). — Walleix, Société anatomique 1834

F..... (Alexandrine), née le 5 septembre 1834, rentre à l'hôpital le 14 du même mois, pour quelques pustules situées sur le cou et sur la poitrine. L'état général est bon.

Le lendemain, on s'aperçut que l'enfant ne pouvait remuer son bras gauche et qu'il poussait des cris quand on

Le 21 septembre, l'enfant remue son bras gauche plus de facilité ; on le croit en convalescence.

Le 26, on aperçoit à la partie inférieure de l'avant-bras droit une tumeur volumineuse. L'état général faiblit.

Le 27, une nouvelle tumeur s'est manifestée vers l'articulation scapulo-humérale du côté gauche. La face peint une vive souffrance : respiration gênée, pouls faible, filiforme, irrégulier.

L'enfant meurt le 28, à 6 heures du matin.

Autopsie. — La partie supérieure du corps de l'humerus est dénudée. Il y a un décollement complet de l'épi-

physe, d'où résulte une espèce de fausse articulation. On voit à l'extrémité supérieure de l'humérus les cellules de la substance spongieuse qui contiennent une petite quantité de matière puriforme. Un peu au dessus de l'insertion deltoïdienne, on remarque un bourrelet osseux, d'apparence spongieuse et qui se prolonge, en mourant, jusqu'au dessus de la partie moyenne de l'os. Le périoste est partout en contact avec cette production osseuse ; il est même assez difficile de l'en séparer.

L'extrémité inférieure du radius était également séparée de son épiphyse.

OBSERVATION II (Résumée). — Guéniot, *Gazette des Hôpitaux*, 9 février 1869

Un enfant, âgé de 20 jours, du sexe masculin, chétif, né à terme, rentre dans mon service pour ulcération gangréneuse du pli de l'aîne droite. En examinant le malade, je reconnus bientôt qu'il existait une paralysie ou inertie des 4 membres, et enfin un décollement des cartilages épiphysaires à l'extrémité supérieure des deux jambes. On pouvait produire facilement, en ce dernier point, un déplacement latéral des plus marqués des tibias et des péronés. La mobilité de ces os dans le sens antéro-postérieur n'était pas moins manifeste. On eût dit une fausse articulation au dessous de l'articulation du genou, restée complètement saine.

Les quatre membres étaient amaigris, flasques, tout à

fait inertes. Si on les soulevait pour les abandonner ensuite, ils retombaient aussitôt lourdement.

Le petit malade n'avait plus la force de têter, il succomba dans l'épuisement, après avoir présenté quelques plaques érythémateuses au visage, sur la voûte palatine et sur les membres inférieurs.

A. l'autopsie, on remarque que toutes les extrémités diaphysaires des os des membres sont altérées, enflammées, à l'exception du bout supérieur des 2 cubitus et des 2 radius.

L'extrémité diaphysaire de l'os est séparée du cartilage de conjugaison par une couche de liquide grisâtre et épais. Cette désunion permet, avant l'ouverture de cette espèce de fausse articulation, de faire jouer, en tous sens, l'épiphyse sur l'extrémité diaphysaire de l'os. Et quand cette matière liquide se trouve évacuée, les 2 surfaces produisent, par le frottement, une crépitation rude qui n'était pas perçue sur le vivant.

OBSERVATION III (Résumée). — Parrot. — Archives de physiologie, 1872

Léonie H..., née le 2 décembre 1869, d'une mère que l'on suppose être atteinte de syphilis, rentre à l'hôpital le 5 février. Elle a du coryza et porte sur la face, les membres inférieurs et la région sacrée, une éruption légèrement papuleuse d'un rouge un peu jaunâtre. Sur le dos, il y a des squames assez épaisses.

Le membre supérieur droit paraît être dans un état

normal ; celui du côté gauche est flasque et pend le long du corps. Quand on pince la peau, la main et l'avant-bras seuls sont le siège de mouvements, d'ailleurs fort limités. Le moignon de l'épaule est notablement tuméfié. Les membres inférieurs sont remarquablement flasques ; quand on agite ceux du côté droit, ses différents segments se meuvent comme ceux d'une jambe de polichinelle. Les mouvements spontanés y sont à peu près nuls.

La sensibilité paraît intacte sur toute l'étendue du tégument externe. L'enfant succombe le 9 février.

Autopsie. — A la partie interne de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, on voit, au-dessus du périoste, une exostose très allongée qui s'amincit peu à peu pour s'effacer tout à fait au voisinage de la région moyenne de la diaphyse, les deux épiphyses sont très mobiles.

Les deux épiphyses du fémur droit sont mobiles.

OBSERVATION IV. — (Résumée). — Troisier. — Société médicale des Hôpitaux, 1883.

Le 16 mars, un enfant âgé de 7 semaines rentre à l'Hôtel Dieu.

L'enfant présentait une roséole occupant presque toute la surface cutanée, du coryza, de l'alopecie.

Le membre supérieur gauche était complètement immobile et lorsqu'on le soulevait il retombait comme une masse inerte ; on remarquait quelques faibles mouvements volon-

taires des doigts et. lorsqu'on fléchissait ou que l'on étendait le bras, il se produisait une contraction appréciable du biceps ; cette contraction se produisait également sous l'influence du pincement de la peau ; la sensibilité était conservée.

Les mouvements volontaires persistaient au membre inférieur du même côté et aux membres du côté opposé. Enfin, il n'y avait aucun signe de paralysie faciale.

L'impotence du membre supérieur gauche s'était produite, huit jours avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Autopsie. — A l'extrémité supérieure de l'humérus gauche, le cartilage de conjugaison n'est maintenu en place que par le périoste et la capsule fibreuse de l'articulation. Entre les deux surfaces juxtaposées du cartilage et de la diaphyse il y avait un détritüs offrant l'apparence du pus concret.

OBSERVATION V (Résumée). — Millard, Société médicale des Hôpitaux, 1883

Une petite fille âgée de deux mois et demi avait une paralysie du bras gauche survenue depuis peu de jours et sans cause appréciable.

L'enfant était sans fièvre, avait assez bonne mine, n'avait pas eu de convulsions et ne présentait sur le corps aucune éruption.

Le bras gauche pendait, inerte, le long du corps, et on ne voyait au niveau de l'articulation scapulo-humérale aucune trace de traumatisme ni d'inflammation.

Le père m'avouait qu'il avait contracté la syphilis il y avait quatre ans. Sa fille était née en 1875, neuf mois, jour pour jour, après le mariage.

Je prescrivis des vésicatoires et l'application ultérieure de l'électricité.

Quelques jours plus tard l'épaule droite se paralysait. L'enfant souffre quand on touche l'épaule gauche et surtout quand on imprime au bras des mouvements d'élévation. Point de tuméfaction des jointures, point d'atrophie des membres atteints.

Je prescrivis l'administration d'une cuillerée à café par jour de sirop de Gibert et des bains de sublimé (0,50 cent)

Neuf jours après l'enfant est plus forte, plus gaie. Elle se tient mieux ; ses bras sont plus fermes.

Vingt-quatre jours après le début du traitement mercuriel le succès est complet. Le bras droit, le dernier pris, gesticule en tous sens. Le bras gauche, le premier et le plus fortement atteint exécute des mouvements de latéralité et d'élévation.

L'enfant est gaie et son état général est bon.

OBSERVATION VI (Résumée). — Marcel Labbé. Syphilis héréditaire et exostoses, mars 1897

Garçon âgé de 14 jours, rentre dans le service de M. le professeur Hutinel.

Enfant chétif, maigre, pesant deux kilogs.

Si l'on soulève l'enfant en le prenant par les aisselles

on voit que les membres inférieurs pendent, presque inertes. Quand on les excite en pinçant la peau ou en chatouillant la plante du pied, on n'arrive à déterminer que des mouvements de retrait lents et faibles. Cependant la sensibilité et la douleur semblent normales.

Ce qui frappe surtout c'est une déformation considérable de la hanche qui est très saillante des deux côtés. Au palper on constate une saillie arrondie.

Trois jours après l'entrée de l'enfant on voit apparaître un peu de coryza, et des papules d'un rose cuivré sur la lèvre et sur le menton.

L'enfant meurt âgé de 26 jours.

A l'autopsie on remarque que chacune des épiphyses supérieures des fémurs présente un exostose symétrique.

L'exostose est saillante, recouverte par le périoste ; elle occupe les faces antérieure, interne et externe de l'épiphyse autour de laquelle elle forme une sorte de collier interrompu seulement sur la face postérieure. Cette exostose haute de 1 centimètre et large de 1 centimètre 5, est constituée par 3 masses arrondies, mamelonnées, dont la plus considérable égale en volume les deux trochanters réunis.

La plupart des os examinés étaient sains et la coupe longitudinale d'un tibia ne montrait aucune lésion de la moelle osseuse et de la ligne d'ossification.

OBSERVATION VII. — Marcel Labbé. — Syphilis héréditaire et exostoses (mars 1897).

Marie P..., âgée de 10 jours, entre le 5 octobre 1896 dans le service de médecine des Enfants Assistés. Elle présente une paralysie des deux membres supérieurs qui retombent inertes quand on les soulève et n'exécutent aucun mouvement spontané ; la pression au niveau de l'épiphyse supérieure de l'humérus est douloureuse ; deux papules existent sur l'avant-bras droit.

Deux jours plus tard, des papules se développèrent sur les fesses. Malgré le traitement antisypilitique, l'enfant maigrit et mourut au bout de quinze jours.

A l'autopsie, on trouva sur les deux humérus des exostoses symétriques, situées au niveau de la ligne d'ossification, immédiatement au-dessus de la tête articulaire qui est mobile sur la diaphyse ; ces exostoses forment un collier autour de l'os.

La coupe longitudinale de l'os montre les lésions suivantes : 1° le cartilage de la tête est parcouru par des vaisseaux ; 2° la moelle osseuse est altérée, jaunâtre ; 3° entre le cartilage et l'os existe une région remplie par une substance jaunâtre, friable, qui prend même l'aspect puriforme du côté de la diaphyse ; 4° enfin, aux deux extrémités de cette zone, se voit la coupe de l'exostose, qui se distingue du reste de l'os par son aspect compact, sa saillie à l'extérieur, et qui est séparée de la diaphyse par une bande de tissu compact à direction verticale.

L'examen histologique a montré la calcification et la vascularisation du cartilage épiphysaire, l'absence de cartilage sérié, la présence au niveau de la ligne ostéochondrale de capsules cartilagineuses extrêmement dilatées qui forment aussi de petites masses isolées, disséminées au sein du tissu inflammatoire, l'existence entre le cartilage épiphysaire et la diaphyse d'un tissu conjonctivo-vasculaire, infiltré de cellules rondes et contenant quelques travées osseuses irrégulières.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Gaston D..., âgé de deux mois, entre le 3 mars 1899, à l'hôpital Laënnec, service de M. le Professeur Landouzy.

La mère âgée de 30 ans, ménagère, a été malade dans son enfance.

Elle a eu 3 grossesses :

1° Garçon, né à terme, âgé de 8 ans, bien portant.

2° Accouchement prématuré à sept mois et demi d'une fille qui a vécu dix-sept jours.

Au début de cette grossesse, écoulement vaginal pour lequel on a prescrit des injections et des pilules.

Elle a éprouvé, ensuite des maux d'estomac et des douleurs dans les reins et les jambes qui persistaient nuit et jour. Céphalée intense.

Elle perdait ses cheveux en abondance. Survient une éruption pour laquelle la malade va consulter à l'hôpital

Cochin. On lui fait des injections hypodermiques. On lui donne des pilules, puis un sirop.

Ces symptômes observés, ainsi que le traitement auquel elle a été soumise, ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection. Cette femme était syphilitique.

A la même époque le mari aurait également présenté des boutons sur le corps et un écoulement urétral. Il aurait été soumis au même traitement que sa femme.

3° Le début de cette troisième grossesse s'est produit cinq mois après les dernières couches.

Accouchement à terme, d'un garçon pesant 3 kilog. 500.

A la naissance, l'enfant est bien portant, il ne peut allonger la jambe droite, le huitième jour une conjonctivite purulente se déclare, les yeux sont scellés par le pus. Cette conjonctivite a duré un mois.

A l'âge de trente jours, une éruption apparaît sur les fesses.

Trois semaines après la naissance, tout d'un coup, le bras gauche devient immobile, il est comme paralysé. Huit jours plus tard il en est de même du bras droit. Les deux bras étaient douloureux, dès qu'on les touchait, l'enfant criait.

Il est resté paralysé pendant 3 semaines du bras gauche et pendant 15 jours du bras droit.

D'ailleurs le petit malade a été soumis au traitement mercuriel quelques jours avant son entrée à la crèche.

Etat de l'enfant à son entrée. — Agé de deux mois, il pèse 4 kil. 570.

Il est atteint d'un coryza quia débuté il y a 3 semaines.

Depuis 6 jours, l'oreille gauche laisse suinter quelques gouttes de pus.

Au côté gauche. — On sent un épaississement très net à l'extrémité supérieure de l'humérus, pas de craquements.

De même pour l'extrémité inférieure de l'humérus.

De même pour l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

Ces régions, qui présentent du gonflement, sont un peu douloureuses. Quand on les presse, l'enfant crie.

L'enfant remue le bras spontanément, mais avec lenteur; il ne le retire pas très vivement quand on pique la main.

La main est froide. Le pouce est replié dans la paume, recouvert par les autres doigts légèrement fléchis.

Le membre inférieur ne présente rien de particulier.

Du côté droit. — On trouve un épaississement de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus.

Les mouvements sont plus faciles qu'au membre opposé,

L'enfant allonge et retire facilement la jambe mais avec une certaine lenteur.

Pas d'éruption cutanée, ni à la face, ni à l'anus.

Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés, le facies n'est pas cachectique.

Le front paraît bistré, il est en partie recouvert de poils.

L'enfant digère bien, les selles sont bonnes.

On lui donne dix gouttes de liqueur de Van Swieten, deux fois par jour dans du lait. Sous l'influence de ce traitement, il tète régulièrement, avec appétit et augmente de poids. Il remue plus facilement les bras.

Une dyspepsie légère se déclare, on suspend par mesure de prudence le Van Swieten. On le remplace par des frictions d'onguent napolitain, les troubles dyspeptiques ayant cessé, on reprend le Van Swieten, très bien supporté.

L'amélioration va s'accroissant et l'enfant très amélioré, sinon guéri, quitte l'hôpital le 27 mai.

OBSERVATION IX. — Comby. Revue des maladies de l'enfance, 1891

Une fillette de 3 mois et demi est apportée au dispensaire, le 19 mars 1890. Elle était nourrie au sein, par la mère âgée de 34 ans, bien portante.

Malgré cela l'enfant était pâle, chétive, amaigrie. Elle souffrait d'un coryza qui remontait à sa naissance, elle portait sur les cuisses plusieurs plaques arrondies couleur jambon et des plaques muqueuses à l'anus.

Il y a quelques jours, en dehors de toute chute, de tout traumatisme, une paralysie est survenue brusquement au membre supérieur gauche.

Le bras gauche pend, inerte. On constate du côté du moignon de l'épaule, un notable épaissement qui intéresse l'épiphyse de l'humérus. De plus on perçoit une légère crépitation que semble indiquer le décollement épiphysaire. L'exploration est très douloureuse et arrache des cris à l'enfant.

La mère n'aurait jamais été malade ; elle est à son cinquième enfant dont l'hérédosyphilis n'est pas douteuse.

Les quatre premières grossesses se sont terminées ainsi :

Deux fausses couches à 3 ou 4 mois, 2 enfants morts dans les premiers mois.

L'enfant est soumis au traitement mercuriel.

Dès le 21 mars (3^e jour), je perçois quelques mouvements du côté de la main.

Le 24 mars (6^e jour), les mouvements s'étendent à l'avant-bras, et le membre ne retombe plus quand on l'abandonne après l'avoir soulevé.

Le 28 mars (10^e jour), la paralysie est complètement guérie, le membre a récupéré tous ses mouvements, l'épaule ne crépite plus, l'épaississement de l'épiphyse humérale a disparu.

OBSERVATION X (résumée). — Moncorvo. Gazette hebdomadaire, Paris, janvier 1892.

Garçon de 3 mois, père syphilitique. A partir du deuxième mois, coryza, éruption papuleuse, alopecie, cachexie, facies sénile, rhagades labiales.

Poids 3 kilog. 500. Epiphyses des os longs, noueux, immobilité absolue du bras droit, crépitation au niveau de l'extrémité supérieure de la diaphyse de l'humérus correspondant, la réaction électrique des muscles de ce membre était normale. Retour du mouvement au bout d'un mois de traitement par les onctions d'onguent napolitain.

OBSERVATION XI (résumée). — Moncorvo. Gazette
hebdomadaire, Paris, janvier 1892

Garçon d'un mois et demi, issu de parents syphilitiques;
né avant terme, jumeau d'un autre, cachexie, poids 1 kil.
500, coryza, facies sénile.

Inertie complète du bras gauche; décollement manifeste de l'épiphyse supérieure du radius gauche, avec infiltration gommeuse. Les muscles de ce membre ont leur réaction électrique intégrale. Guérison au bout d'un mois et demi. Quatre mois après le traitement mercuriel le poids s'était élevé à 4 kilogr. 200.

OBSERVATION XII. — Oberwarth. Jahrbuch. f.
Kinderheilkunde, mai 1899 (trad. de l'allemand).

Gertrude S..., âgée de 2 mois $1/2$, entre à l'hôpital le
24 juillet 1898.

La jeune malade a un coryza, syphilides aux régions plantaire et palmaire, roséole au visage. Le foie est hypertrophié.

Depuis 14 jours environ, elle ne peut remuer ses bras. Ils sont douloureux à la pression et quand on leur imprime des mouvements.

Deux jours après son entrée à l'hôpital, on remarque un gonflement dans la région des deux coudes: crépitation à la partie inférieure de l'humérus.

Les doigts sont mobiles des 2 côtés.

La réaction électrique des nerfs et des muscles est normale.

Sous l'influence du traitement mercuriel, les mouvements reviennent peu à peu dans les membres inertes, les coudes se dégonflent.

OBSERVATION XIII. — Oberwarth. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, mai 1899 (Traduit de l'Allemand)

Auguste T..., âgé de 5 semaines, rentre à l'hôpital le 20 juin 1894.

Le père est épileptique.

Deux jours avant de rentrer à l'hôpital, l'enfant a eu des convulsions. Il en est résulté une immobilité des 2 bras.

Coryza. Rhagades aux lèvres.

Il est soumis au traitement mercuriel.

Le 23 juin, les mouvements sont revenus aux doigts de la main droite.

Le 10 août, les 2 membres ont recouvré leurs mouvements.

Il quitte l'hôpital.

Il rentre à nouveau le 19 août 1898 pour une pneumonie : il ne présente aucun signe de syphilis.

OBSERVATION XIV. — Cadet de Gassicourt. Société méd. des Hôpitaux, 27 février 1891.

Il s'agissait d'un enfant chez lequel j'avais diagnostiqué une pseudo-paralysie syphilitique du bras droit. Malgré mes

Gilbert

instances, la mère, qui se refusait à accepter l'idée de syphilis, ne voulut faire aucun traitement et emmena son enfant que d'ailleurs elle ne m'avait amené que pour la consultation. Un mois après, elle vint me voir parce que le bras gauche avait été lésé à son tour, et que le décollement épiphysaire classique s'y était produit au dessous de la tête humérale. Je constatais alors avec surprise que le décollement épiphysaire du bras droit était presque entièrement guéri; et cependant, encore une fois, aucun traitement n'était intervenu.

OBSERVATION XV. — M. Chaumier (de Tours). Bulletin médical, 2 octobre 1892

Je fus appelé à donner mes soins à un enfant encore au sein, présentant tous les signes de la syphilis. Trois semaines auparavant, il avait perdu l'usage de ses membres inférieurs d'abord, puis ceux des membres supérieurs. En même temps, il y avait eu tuméfaction des genoux et des coudes. Au moment où je le vis, il n'y avait plus qu'un seul bras d'inerte, tous les autres membres avaient repris complètement ou à peu près leurs mouvements. C'est ce début de guérison spontanée qui fait l'intérêt de l'observation.

L'iodure de potassium acheva la guérison de la pseudo-paralysie aux quatre membres et des autres symptômes de la syphilis.

Conclusions

1° La disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques est une manifestation de la syphilis héréditaire.

Elle s'observe dans 5 pour 100 des cas.

2° Elle survient, en général, dans les quatre premiers mois de la vie. Elle est presque toujours accompagnée par des altérations syphilitiques cutanées et muqueuses. Elle se présente sous la forme d'une paralysie plus ou moins douloureuse des extrémités.

3° Deux théories sont en présence pour expliquer la pathogénie de cette affection : 1° Théorie nerveuse
2° Théorie basée sur les lésions des os.

Les faits d'observation clinique et les résultats anatomo-pathologiques établissent que la disjonction épiphysaire est due à une lésion osseuse syphilitique.

4° Les os atteints présentent deux sortes de lésions : 1° une altération du processus d'ossification cartilagineuse au niveau de la ligne diaphyso-épiphysaire ; 2° une néo-production osseuse anormale.

5° La disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitique, peut être confondue avec la paralysie infantile, l'ostéomyélite des nourrissons, les paralysies radiculaires du plexus brachial.

6° La guérison est assurée mais aux conditions suivantes : 1° le diagnostic fait de bonne heure est immédiatement suivi du traitement mercuriel ; 2° l'enfant est soumis aux règles d'une bonne hygiène alimentaire ; 3° l'état général est satisfaisant.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LANDOUZY.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

* Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

ALDIBERT. — Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, juin 1894.

BAUMEL. — Gazette hebdomadaire de Montpellier, 4 avril 1890.

BAISLE. — Thèse de Paris, 1890.

BEDNAR. — Kinderkrankheiten, 1856, Vienne.

BERTIN. — Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, 1810.

BLAISE. — Thèse d'agrégation, Paris 1883.

BOISSEL. — Thèse de Toulouse, 1898.

BOURGES. — Gazette hebdomadaire de Paris, 26 novembre 1892.

BERNE. — Thèse de Paris, 1884.

BRUNON. — Normandie médicale, 1893.

BOUCHUT. — Traité pratique des maladies du nouveau-né, 7^e édition.

CHAUMIER. — Bulletin Médical, 2 octobre 1892.

CHARRIN. — Gazette médicale de Paris, 1873.

CHASSAIGNAC. — Archives de médecine, 1856.

CORNIL. — La syphilis, 1879,

COMBY. — Société médicale des hôpitaux, février 1891.

— Revue des maladies de l'enfance, 1891.

DAUCHEZ. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, juillet 1889.

DORDENNE. — Thèse de Toulouse, 1894.

DUBAR. — Thèse d'agrégation, Paris 1883.

DAMASCHINO. — Société médicale des hôpitaux, 1883.

DIDAY. — Traité de la syphilis des nouveau-nés. Paris 1854.

DREYFOUS. — Revue de médecine, 1885.

ETIENNE. — Annales de Gynécologie, avril 1892.

FOURNIER. — Hérité syphilitique, 1891. Leçons recueillies par M. le docteur Portalier.

— Union médicale, 1875.

— Traitement de la syphilis, Paris 1893.

— Médecine moderne, 1890.

— Société médicale des hôpitaux, 1895.

GELLÉ. — Thèse de Paris, 1884.

GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

GASPARY. — Annales de dermatologie, 1875-76.

GOUEZ. — Thèse de Paris, 1895.

GUÉNIOT. — Gazette des hôpitaux, février 1869.

HALIPRÉ. — Tribune médicale, 13 septembre 1894.

HARLINGEN. — Philadelphie, Med. Times, 1873.

HÉNOCH. — Revue des sciences médicales, 1881.

HENOCH. — Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 1895.

HEUBNER. — Syphilis im Kindesalter in Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten, 1896.

HUCHARD. — Thèse de Strasbourg, 1866.

JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, 1886.

— Article Syphilis, du dictionnaire encyclopédique

et du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

LABBÉ (Marcel). — Syphilis héréditaire et exostoses (Paris 1897).

LAFFITE. — Revue Mensuelle des Maladies de l'enfance, 1887.

LÂNCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, Paris 1866.

LASCHKEWITZ. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1878.

LE BACHELIER. — Thèse de Paris, 1881.

LE GRAND. — Thèse de Paris, 1889.

MACNAMARA. — Lancet, 8 décembre 1877.

MAURIAC. — Affections syphilitiques précoces du système osseux, Paris 1873.

— Gazette des hôpitaux (10 août et numéros suivants 1872).

MILLARD. — Société médicale des Hôpitaux, 1883.

MONCORVO. — Gazette hebdomadaire de Paris, 1892.

MOSCOWITZ. — Thèse de Paris, 1874.

OBERWARTH. — Jahrbuch für Kinderheilkunde (mai 1899).

PARKER. — Lancet, 6 décembre 1879.

PARROT. — Archives de Physiologie, 1872.

— Société de Biologie, mai 1872.

— Progrès médical, 1877 et 1878.

PELLIZARI et TAFANI. — Archives de Tocologie, 1881.

POLLAK. — Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis. Deutsche med. Wochenschr, 1896.

PONCET. — Société anatomique, 1874.

PORAK. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1877.

- RENARD. — Thèse de Lille, 1892.
- REUTER. — Zur Kenntniss der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis. Deutsche med. Wochenschr, 1895.
- RIOCHEUX. — Thèse Paris, 1888.
- ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies des enfants, 1892.
- ROQUES. — Société médicale des Hôpitaux, 1883.
- ROTCH. — Bost. med. and Surg. Journal (mai 1886).
- SCHULLER. — Annales de dermatologie, 1882.
- SEVESTRE. — Progrès médical, 8 décembre 1889.
- TERRIER et LUO. — Revue de Chirurgie, 1882.
- TROISIER. — Société médicale des Hôpitaux (27 avril 1883).
- VERAGUTH. — Annales de dermatologie, 1882-83.
- VICARELLI. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1892.
- WALLEIX. — Société anatomique, 1834.
- WEGNER. — Archives de médecine, 1872.
- WALDEYER et KOBNER. — Arch. de Virchow, 1873.
- ZAPPERT. — Jahrbuch für Kinderheilkunde, février 1898.
- Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1898.

